

## **Gewachsene Strukturen, beschleunigter Wandel und divergierende Interessenlagen zur Geriatrie: Anatomie eines scheinbaren Widerspruchs**

Markus Borchelt, Sprecher der DRG-Projektgruppe von BAG, DGG und DGGG

Im Auftrag der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V. (BAG), der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e.V. (DGG) und der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V. (DGGG)

Nachstehend soll versucht werden, die folgenden Fragestellungen umfassend zu beantworten:

1. Welchen genaueren Hintergrund hat die Aussage, dass Krankenhäuser durch ihre "Versorgungsverträge" z. T. dazu gezwungen werden, beim Auftreten des OPS-Komplexschlüssels 8-550 zwischen Reha und Akut "umzuschalten"? Das Problem scheint in Niedersachsen und teilweise in NRW aufzutreten. Wer nimmt dementsprechend Einfluss? Die Länder ("Versorgungsauftrag") oder die Kassen? Warum?

2. Ist es nicht ein gewisser Widerspruch, wenn einerseits festgestellt wird, dass die Geriatrien in § 111er Häusern dasselbe machen wie in § 109er Häusern, aber andererseits von Seiten der Fachgesellschaften angestrebt wird, dass die geriatrische Versorgung im Krankenhaus erfolgen soll? Lässt sich dieser mögliche Widerspruch aufheben?

### **Doppelter Wortsinn des Begriffs „Rehabilitation“ –**

"Rehabilitation" im Sinne eines Versorgungsvertrages nach § 111 muss sorgfältig unterschieden werden von "Rehabilitation" im Sinne eines spezifischen Behandlungsbedarfs von Patienten. Da das reale Leistungsgeschehen in 111er-Einrichtungen nicht eindeutig von Krankenhausleistungen abgegrenzt ist, läuft man sonst Gefahr, allein vom Begriff der "Reha-Einrichtung" bereits auf einen bestimmten Bedarf der dort versorgten Patienten rückzuschließen. Zum Beispiel: Wenn man an beatmete Patienten denkt, dann denkt man zugleich immer an den Behandlungskontext einer Intensivstation in einem Krankenhaus. Bislang werden hierzulande aber beatmungspflichtige - also ganz unzweifelhaft krankenhauspflichtige - Patienten durchaus auch auf Basis von § 40 SGB V i.V.m. § 111 SGB V behandelt, d.h. in sog. "Rehabilitationseinrichtungen". Dies beginnt sich erst langsam zu ändern, auch aufgrund der Anstrengungen der frührehabilitativ ausgerichteten Fächer zur genaueren Beschreibung und Abgrenzung ihres Leistungsspektrums (vgl. Stier-Jarmer & Stucki, 2002).

Die Geriatrie in Deutschland hat erst ab Mitte der 1980er Jahre begonnen, sich fachlich weiterzuentwickeln und sich dem in anderen Ländern bereits seit spätestens Anfang der 1970er Jahre erreichten Stand anzunähern. Im Zuge dieser Professionalisierung hat sie insbesondere erkannt, dass ergänzend zur Akutbehandlung geriatrischer Patienten im Rahmen eines ganzheitlichen und funktionell ausgerichteten Behandlungskonzepts frühzeitig auch rehabilitative Methoden eingesetzt werden müssen. Im Vergleich zur vorausgegangenen Situation der Geriatrie als einer „perspektivlosen Verwahrmedizin“ kam die ungemein erfolgreiche Implementierung rehabilitativer Methoden durchaus einer kleinen medizinischen Revolution gleich. In Berlin konnten beispielsweise mehrere „Krankenhäuser für chronisch Kranke“ umgewandelt werden in Fachkrankenhäuser für Geriatrie, die eine Vielzahl der institutionalisierten Langzeitpatienten wieder in eine private häusliche Umgebung bringen konnten.

Erst durch diese Hinzunahme rehabilitativer Methoden konnte die Geriatrie ihre Behandlungserfolge erzielen und genau das erklärt auch, warum anfangs gerade die „geriatrische Rehabilitation“ besonders betont und herausgestellt wurde: Dieser Aspekt war quasi das Synonym für den Unterschied zwischen der herkömmlichen (eher trostlosen) und der modernen, aktivierenden, erfolgreichen Geriatrie. Aufgrund der resultierenden Bi-Modalität geriatrischer Medizin (Akutmedizin und Rehabilitation) war es in der Zeit, als die Geriatriekonzepte in den Ländern entwickelt wurden, durchaus naheliegend, geriatrische Kliniken entweder mit Versorgungsverträgen nach § 109 oder nach § 111 SGB V oder auch mit beiden Versorgungsverträgen auszustatten.

Die Geriatrie stand mit der daraus resultierenden Ausgangslage nicht allein, als 2001 im Rahmen der Gesetzgebung zum SGB IX auch das Fünfte Sozialgesetzbuch geändert wurde. Mit Artikel 5 Nr. 11 wurde § 39 Abs. 1 SGB V ergänzt um die explizite Klarstellung, dass die akutstationäre Behandlung „auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation“ umfasst. Die nähere Begründung zu dieser Gesetzesänderung (vgl. Stier-Jarmer & Stucki, 2002) legt die Vermutung nahe, dass die Geriatrie – hätte sie sich erst nach dieser Gesetzesänderung entwickelt – leistungsrechtlich von vornherein hier verankert worden wäre.

Mittlerweile wurden in Brandenburg (zuletzt 2003) in einigen "111er"-Einrichtungen auf dieser Grundlage nun Umwidmungen im neurologischen Frühreha-Bereich vorgenommen (Umwandlung in Krankenhausbetten, s. Anlage). Von mindestens einer Einrichtung ist definitiv bekannt, dass dort zuvor auch beatmete Frühreha-Patienten auf Basis von § 40 SGB V im Rahmen des Reha-Versorgungsvertrages behandelt und abgerechnet wurden. Es gibt andererseits Kranken-

häuser im Sinne des § 107 Abs. 1 SGB V, in denen einzelne Fachabteilungen einen Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V haben, wodurch beispielsweise auch bei akuter Dialysepflichtigkeit die "Rehabilitation" leistungsrechtlich und abrechnungstechnisch nicht unterbrochen wird, während dies andernorts ein Ausschluss- oder Abbruchkriterium darstellt. Insofern gibt es vom Leistungsgeschehen her keine durchgreifend scharfe Trennung zwischen den Versorgungsverträgen nach § 109 und § 111 SGB V, zumal die eindeutige Zuordnung frührehabitativer Leistungen zum § 39 SGB V erst aus der jüngsten Zeit stammt und zuvor uneinheitlich gehandhabt wurde.

In der Geriatrie kommt hinzu, dass – anders als beispielsweise in der Neurologie, Kardiologie und Orthopädie – das Phasenmodell der „weiterführenden Rehabilitation“ *fachintern* gänzlich unbekannt ist. Geriatriische Einrichtungen verlegen *untereinander* keine Patienten zur „weiterführenden Rehabilitation“ – jede geriatriische Behandlung ist auf den Fallabschluss mit dem Ziel der „Rückkehr in die Häuslichkeit“ ausgerichtet, daran misst die Geriatrie auch ihre Ergebnisqualität. Dies wird zugleich durch den Umstand reflektiert, dass es diesbezüglich regional praktisch keinerlei fachspezifisch komplementären und regelhaft kooperierenden Strukturen gibt, sondern entweder den einen oder den anderen Versorgungsvertrag, wenn man vom Spezialfall der Mischform „unter einem Dach“ absieht.

### **Abrechnungskonstrukte für die Frührehabilitation –**

Aus der ersten Stellungnahme zum Entwurf der Abgrenzungskriterien der Geriatrie aus Sicht der 111er-Einrichtungen (Dr. Swoboda, Vorstandsmitglied der BAG und Chefarzt der Geriatriischen AWO-Rehabilitationsklinik Würzburg als Modelleinrichtung des Bundes und des Landes Bayern; s. Anlage), ging Anfang 2003 bereits hervor, dass Abgrenzungskriterien grundsätzlich berücksichtigen müssen, dass die geriatriisch-frührehabilitative Komplexbehandlung derzeit nicht nur in Krankenhäusern mit Versorgungsvertrag nach § 109 SGB V auf Basis von § 39 SGB V, sondern auch in Kliniken mit Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V auf Basis von § 40 SGB V durchgeführt wird und - aufgrund der landesweiten Geriatriekonzepte zum Beispiel in Bayern und Baden-Württemberg - auch noch weiterhin so durchführbar bleiben muss, um nicht die Versorgung geriatriischer Patienten flächendeckend akut zu gefährden. Verschont blieben ansonsten nur größere Ballungsräume (Nürnberg, München, Bayreuth, Ulm, Heidelberg), in denen Geriatrie ohnehin bereits im Krankenhaus *und* auf Basis von § 39 SGB V verankert ist. Diese vor allem aus leistungsrechtlicher und weniger aus medizinischer Perspektive heterogene Situation findet

sich vergleichbar auch in der neurologischen Frührehabilitation, wobei diese den Vorteil hat, dass niemand auf die Idee käme, Intensivstationen in Krankenhäusern nur deshalb abzuschaffen, weil beatmete Patienten teilweise auch in reinen 111er-Einrichtungen versorgt werden oder wurden. Ebenso absurd wäre eine solche Schlussfolgerung tatsächlich auch im Hinblick auf geriatrische Patienten mit Komplexbehandlungsbedarf, die teilweise ebenfalls auf Basis eines Versorgungsvertrages nach § 111 SGB V behandelt werden. Aber offenbar steht die Geriatrie diesbezüglich unter einem kaum behebbaren "Generalverdacht". Dies wird weiter unten noch einmal aufzugreifen sein.

### **Rekonvaleszenzverlauf geriatrischer Patienten –**

Im Vergleich zur neurologischen Frühreha tritt bei der geriatrisch-frührehabilitativen Komplexbehandlung ursächlich als Problem hinzu, dass die Patienten einerseits sehr früh im Behandlungsverlauf rehabilitative Maßnahmen benötigen (insbesondere - aber nicht nur - um jegliche Immobilisation mit ihren verheerenden Folgen wie Druckgeschwüren, Kontrakturen, Thrombosen, Pneumonien etc. zu vermeiden), andererseits weisen sie jedoch eher selten einen phasenhaft stetig voranschreitenden Genesungsprozess auf. Stattdessen kommt es in der Rekonvaleszenz geriatrischer Patienten nahezu regelhaft vor, dass sich an eine Phase der bereits erreichten Rehabilitationsfähigkeit unmittelbar eine Phase der Nicht-Rehafähigkeit aufgrund einer akuten Komplikation anschließt (sog. Instabilität geriatrischer Patienten). Daher lautet ein wesentliches Kriterium des OPS 8-550 auch: "Gleichzeitige (dauernde oder *intermittierende*) akutmedizinische Diagnostik bzw. Behandlung".

### **Geriatriekonzept in Niedersachsen (§ 109 und § 111 SGB V) –**

Der in Niedersachsen zwischen jedem einzelnen Leistungserbringer und den Kostenträgern geschlossene "Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V" (s. Anlage) enthält nun landesspezifische Abgrenzungskriterien, die es erforderlich machen, jede einzelne Krankheitsphase nach ihrer Akuität zu unterscheiden. Tritt also "Reha-Fähigkeit" (nach den Kriterien des niedersächsischen Versorgungsvertrages) ein, ist der Abrechnungsmodus auf "§ 111" umzustellen. Wird diese Phase beispielsweise von einer Lungenentzündung wieder unterbrochen, so ist auf "§ 109" zurückzustellen - bis erneut "Reha-Fähigkeit" erreicht ist, usw. Der Versorgungsvertrag gibt damit die abrechnungstechnische Fallgestaltung bereits vor. Dabei ist es nach Aussage der Geriater in

Niedersachsen zugleich unzulässig, die "Reha-Hauptdiagnose" während einer intermittierenden Akutphase fortzuführen. Die intermittierende Akutphase ist zwingend mit einer "Akutdiagnose" zu begründen. Damit wird das reale Leistungsgeschehen *am Patienten* (der von alledem nichts bemerkt, da er immer in demselben Bett bleibt und von demselben Team auf derselben Station behandelt wird) völlig verschleiert. Wird hinterher jeweils nur ein Versorgungsbereich betrachtet, ausgewertet oder verhandelt, ergibt sich zwangsläufig ein völlig verzerrtes Bild, sowohl hinsichtlich der Fallzahlen, als auch hinsichtlich des Leistungsspektrums.

### **Was heißt nun „Reha in die Reha“ ? –**

Es gibt eine klare Positionierung des AOK-BV in dieser Frage, die in der Kurzform gipfelt: "Reha in die Reha". In dieser Aussage wird aber ein leistungsrechtliches Konstrukt mit einem konkreten Bedarf vermischt, und manchmal muss man den Eindruck haben, dass dies absichtsvoll geschieht - jedenfalls, wenn man die Positionierung des AOK-BV zur *Krankenhausplanung in Zeiten des Wettbewerbs* mit zugrunde legt (Leber, 2003; s. Anlage). Man darf sich jedoch nicht täuschen: Die wenigsten 111er-Geriatrien in Deutschland könnten, wenn sie von Krankenhausressourcen vollständig abgeschnitten wären, die weitere Versorgung ihrer Patientengruppen noch sicherstellen und müssten ihr Leistungsspektrum deutlich zurückfahren. Um es zu verdeutlichen: Es ist medizinisch völlig abwegig, geriatrische Patienten auf einer Skala der Form "Akutmedizin / Rehabilitation / Kur" in der Nähe von "Reha / Kur" zu vermuten. Sie befinden sich tatsächlich und insbesondere im frühpostakuten Verlauf nach schwerem Akutereignis im Bereich "Akutmedizin / Rehabilitation" mit oft mehrfach kurzfristig wechselndem Schwerpunkt (mal mehr akut, mal mehr rehabilitativ). Das Niedersachsen-Modell hat zumindest den Vorteil, diesen eindeutig frührehabilitativen Charakter der geriatrischen Komplexbehandlung belegen und transparent machen zu können - wenn Daten aus beiden Bereichen zusammengeführt werden.

### **Das Reha-Konstrukt aus Sicht der Kostenträger –**

Vorteilhaft am "Reha-Konstrukt" ist aus Sicht der Kostenträger, dass sie selbst im Bedarfsfall den MDK einschalten können, etwa um die *medizinischen* Kriterien für eine Rehabilitation streng prüfen zu lassen ("Nur Reha in die Reha" - dies eignet sich dann z.B. als Hebel gegen Einweisungen von Hausärzten zur geriatrischen "Reha", falls medizinisch keine Rehafähigkeit im engeren Sinne vorliegt; spiegelbildlich gibt es diese Praxis bereits genauso für geriatrische 109er-

Tageskliniken, zu denen Versicherte einzelner Krankenkassen aus dem ambulanten Bereich heraus bereits jetzt keinen Zugang mehr haben - es genügt hier, die TK-Indikation einfach streng gegen G-AEP-Kriterien prüfen zu lassen). Da umgekehrt der 111er-Leistungserbringer selbst wiederum den MDK nicht damit beauftragen kann, das "*Drängeln auf Reha*" eines Kostenträgers aus medizinischen Gründen abzuweisen (z.B. bei nachweislicher Nicht-Rehafähigkeit), können Kostenträger Patienten frühzeitig aus dem Akutbereich herausprüfen und in die "Reha" überstellen lassen. Wenn sich das vor Ort dann medizinisch als nicht sachgerecht bestätigt, kann der Leistungserbringer den Patienten nur wieder in das Herkunfts Krankenhaus zurückverlegen oder versuchen, den Bedarf mit seinen reduzierten Möglichkeiten "irgendwie" zu decken (beides zum Schaden für die betroffenen Patienten). Das ist z.B. teilweise die Perspektive der Variante in Bayern, dort buchen Berichten der Kollegen zufolge Kostenträger bereits "ihre" Reha-Geriatrie-Betten selbsttätig über das Internet - und manche Kollegen wissen kaum noch, wie sie die zunehmende Zahl von Patienten mit schlecht heilenden OP-Wunden, nächtlichen Verwirrtheitszuständen, Delirium bei Demenz, Stuhlinkontinenz etc.pp. unter (diktierten) "Reha"-Konditionen (d.h. mit einem Tagessatz von ca. 160-170 €) weiterhin sach- und fachgerecht behandeln sollen, obwohl durchaus eine Indikation besteht und sie auch über die notwendige medizinische, pflegerische und therapeutische Fachkompetenz und Qualifikation verfügen. Je stärker hier die Fallzahlen mit Komplexbehandlungsbedarf steigen, desto weniger tragfähig wird dieses 111er-Konstrukt werden.

### **Zerreißprobe im Rahmen der DRG-Einführung –**

Diese Konstellation gewinnt jetzt deutlich an Brisanz, da die schwerstbetroffene Gruppe geriatrischer Patienten unter DRG-Bedingungen (es sind nun mal - ökonomisch betrachtet - die "schlechtesten" Risiken) immer größer wird und zugleich die im 111er-Bereich "gegenfinanzierende" Gruppe der rein rehabilitativen Fälle mit geringerem Ressourcenverbrauch (z.B. elektiv operierte Coxarthrose-TEP-Patienten) immer kleiner. Diese Konstellation droht insbesondere den 111er-Modelleinrichtungen (Fachkliniken für Geriatrische Rehabilitation als Solitär, nicht als "Krankenhaus einlieger"-Fachabteilung) die "Luft" abzdrehen, da sie nicht "switchen" und nichts verschleiern oder verschieben können und der Belegungspraxis der Kostenträger nahezu vollständig ausgeliefert sind - vor allem, wenn es zugleich für umliegende Krankenhäuser attraktivste Anreize zur "Rosinenpickerei" und Türschildabrechnung gibt (vgl. ADRG I03). Aber auch, weil andererseits benachbarte Träger von "Mischformen" (beide Versorgungsverträge unter

einem Dach) derzeit eher den Eindruck vermitteln, als könnten sie bereits über die vielfältigen neuen Möglichkeiten zur "Fallgestaltung" frohlocken. Und deshalb reagiert der Fachbereich insgesamt mit großer Nervosität, teilweise sogar mit einer gewissen "Panik" auf alles, was von "oben" kommt und sich auf den Grenzbereich der §§109/111 SGB V bezieht, da zu wenig Detailkenntnis über die hier beschriebenen Konstellationen und Problematiken wahrgenommen oder angenommen wird. Insbesondere wehren sich geriatrische 111er-Einrichtungen aus durchaus verständlichen Gründen gegen den Fallabschluss im Krankenhaus, der zugleich für 109er-Geriatrien ebenso gängige und erfolgreiche Praxis ist und bleiben muss, nicht nur weil es medizinisch gerechtfertigt ist, sondern auch, weil es ökonomisch sinnvoll und strukturell notwendig ist, da es an deren Standorten ohnehin keinerlei etablierte, komplementäre 111er-Strukturen gibt. An dieser Zerreißprobe droht die Geriatrie nun aber zu scheitern, da sie mit dieser Situation quer zu allen anderen Fächern steht und befürchten muss, dass eine allgemeine Lösung so oder so, d.h. in dem einen oder dem anderen Bereich, zu ihrem Nachteil ausfallen muss.

### **„Machtlose Verlierer und fachfremde Gewinnler“ –**

Das DRG-System fokussiert nun ganz auf den Patienten und die erbrachte Leistung, die Versorgungsverträge der Geriatrien im Spannungsfeld der §§109/111 SGB V sind aber vorwiegend politisch beeinflusste Abrechnungskonstrukte (aus fast schon vergangener Zeit), die mit dem tatsächlichen Anforderungsprofil und Leistungsgeschehen der Geriatrien nicht mehr viel zu tun haben. Durchaus nachvollziehbar wähen sich daher einige der reinen 111er-Modelleinrichtungen bereits als machtlose Verlierer allein deshalb, weil sie zufällig die schlechteste Ausgangsposition erwischt haben. Weil die momentane Sachlage aber zugleich *fächerübergreifend* aus Krankenhausperspektive so offenkundig attraktiv erscheint, muss man eher das Notwendigwerden eines weiteren „Verhinderungsparagraphen“ (in der Art des § 2 Abs. 2 KFPV 2004) befürchten (zum Schaden auch derer, die auf den momentanen Optimierungsanreiz in Verkennung der KFPV-Befristung setzen), wenn es nicht gelingt, diesbezüglich rasch zu sachgerechten, verbindlichen Klarstellungen zu kommen.

### **Geriatrie findet zu 80% am oder im Krankenhaus statt –**

In der Diskussion um die Zuordnung geriatrischer Behandlung kommt erschwerend hinzu, dass Statistiken über geriatrische Bettenzahlen, die nur nach dem zugeordneten Versorgungsvertrag

stratifiziert sind, ebenfalls die tatsächliche Ausgangslage eher verschleiern als erhellen, da daraus nicht ersichtlich wird, wie viele der §111-Betten tatsächlich *im oder am Krankenhaus* aufgestellt sind und zum selben Träger, ggf. sogar zugleich zu einem §109-Bett gehören. Berücksichtigt man das direkte ressourcentechnische Umfeld, dann sind von bundesweit insgesamt etwa 280 Kliniken mit geriatrischem Versorgungsangebot mehr als 225 (80%!) direkt im oder am Krankenhaus tätig (170 mit Versorgungsvertrag nach § 109, 43 mit Versorgungsvertrag nach § 111 als direkte „Einlieger-Fachabteilung“ oder auf dem Gelände eines Krankenhauses, und 12 mit beiden Versorgungsverträgen für dieselben Betten). Das relativiert bereits deutlich die rein bettenbasierte Statistik von 60% "akut" zu 40% "Reha" in der Geriatrie (vgl. Stier-Jarmer, Pientka & Stucki, 2002). Die im Rahmen des Modellprojekts GEMIDAS-QM diesbezüglich aufgebaute Datenbank *mit* Berücksichtigung der institutionellen Einbindung steht demnächst vollständig zur Verfügung. Für die unter den geriatrischen Leistungsanbietern befindlichen Mitgliedseinrichtungen der BAG (n=175 Kliniken) ist eine online-Fassung unter [www.gemidas-qm.de/mapBAG/mapMain.php](http://www.gemidas-qm.de/mapBAG/mapMain.php) bereits verfügbar.

### **Wohin gehört nun die geriatrische Komplexbehandlung ? –**

Nach FPÄndG gehört die Geriatrie explizit zu den allgemeinen Krankenhausleistungen. Das muss aufgrund ihres tatsächlichen medizinischen Leistungsspektrums auch so sein. Nun gilt es, dies im Rahmen der DRG-Einführung konsequent und flächendeckend umzusetzen, d.h. Auslagerungen von Krankenhausleistungen in den 111er-Bereich durch Umwidmungen zu korrigieren oder aber mit gleichem Maß zu messen und dadurch faire Wettbewerbschancen herzustellen.

Solange es sich für den Kostenträger rechnet, solange wird eine im Bereich des § 111 SGB V erbrachte Leistung medizinisch mangels Auftraggeber nicht dahingehend überprüft, ob es sich dabei objektiv um eine leistungsrechtlich dem Krankenhausbereich zuzuordnende Leistung handelt. Umgekehrt kommen aber auf Krankenhäuser demnächst Prüfungen in noch größerem Stil zu (Stichprobenprüfungen, Abrechnungsauffälligkeiten, Fehlbelegungen). Schon jetzt ist durch diese Schieflage jegliches Leistungsangebot im Grenz- und Überschneidungsbereich der Sektoren - und dazu gehört die Geriatrie - akut bedroht. Hier sei noch einmal angemerkt, dass - solange der MDK ausschließlich von den Kostenträgern beauftragt werden kann - niemand das *genaue* Leistungsspektrum des 111er-Sektors kennt - und die Kostenträger offenbar selbst ebenfalls nicht, da auch Anbieter mit beiden Versorgungsverträgen unter einem Dach budget- und verhandlungstechnisch vollständig getrennt betrachtet werden. Die überbordende Transpa-

renz, die den Krankenhäusern jetzt abverlangt wird, wird es deshalb kurz- bis mittelfristig ohnehin erforderlich machen, dasselbe den Kostenträgern für "ihren" Rehabereich aufzuerlegen, wo sie de facto Anbieter, Kostenträger und Kontrolleur zugleich sind, d.h. obendrein auch Qualitätskriterien sowie Prüfanlässe selbsttätig festlegen.

### **Was ist zu tun ? –**

Nach § 135 a SGB V sind alle Geriatrien zur Behandlung "nach Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis" verpflichtet. Im frührehabilitativen Leistungsbereich ist dieser Stand in den Kriterien des OPS 8-550 grob skizziert enthalten. Eine geriatrisch qualifizierte Leistung, die diese Kriterien des OPS erfüllt, ist somit als Krankenhausleistung auf Basis von § 39 SGB V anzusehen und mittels DRG fallpauschaliert abzurechnen. Neben dieser Leistung erbringen 109er-Geriatrien Leistungen im Bereich der Notfallversorgung geriatrischer Patienten (jedoch keinerlei weiterführenden Reha-Leistungen), während 111er-Geriatrien zusätzlich reine Reha-Leistungen erbringen (aber an der Notfallversorgung nicht teilnehmen). Geriatriekonzepte, die die medizinisch abgrenzbare Leistung der geriatrisch-frührehabilitativen Komplexbehandlung bislang auf Basis von § 40 SGB V erbringen lassen, müssen zwangsläufig angepasst werden (mit entsprechender Bettenumwidmung wie etwa in Brandenburg, oder aber mittels Interimsregelungen). Zu klären bliebe dann immer noch, wie der Reha-Anspruch von rehabedürftigen und -fähigen geriatrischen Patienten flächendeckend erfüllt werden soll (in der Krankenhausgeriatrie als der weitaus häufigsten Form der geriatrischen Versorgung, findet man beispielsweise bereits heute keine geriatrischen "Coxarthrose-TEP-Patienten" mehr, wenn diese nicht aus anderen Gründen krankenhauspflichtig sind, weil das beim MDK ansonsten grundsätzlich nicht als Krankenhausleistung "durchgeht").

Angesichts der Ausgangslage gibt es nur eine einzige rationale, pragmatische und medizinisch sinnvolle Lösung, um zu einer zeitgemäßen, flächendeckenden Vereinheitlichung auf eindeutiger Rechtsbasis zu gelangen und eine anachronistische, ineffiziente, unökonomische und medizinisch nicht begründbare Betonierung künstlicher Sektorengrenzen zu vermeiden, nämlich einen geriatrischen Versorgungsauftrag einheitlich und vollständig auf Basis von § 39 SGB V und in Einklang mit dem FPÄndG zu definieren. Denn umgekehrt müssten flächendeckend entweder komplementäre geriatrische Strukturen überall erst noch aufgebaut oder aber einheitlich mit allen Leistungserbringern Mischverträge vereinbart werden. Dem Fach müsste dann obendrein das Konzept der *fachinternen* weiterführenden Rehabilitation oktroyiert werden, da derartig

aufwendige Bemühungen ansonsten überhaupt keinen Sinn machen würden. Die beiden letztgenannten Alternativen dürften schon aufgrund der mangelnden medizinischen Notwendigkeit und der zusätzlichen Reibungsverluste an den Sektorengrenzen zu deutlichen Kostensteigerungen führen. An der „Zukunftsferne“ jeder einzelner dieser Lösungen kann man aber zugleich leicht ermessen, in welchem Dilemma sich das Fach tatsächlich befindet, da jeweils grundsätzlich Bund und Länder ebenso wie die Partner der Selbstverwaltung zu einem gemeinsamen „großen Konsens“ zusammenfinden müssten. Effektive und effizient arbeitende geriatrische Versorgungsstrukturen werden aber angesichts der demographischen Entwicklung von rasch zunehmender Bedeutung sein – es gibt also durchaus dringlichen Handlungsbedarf.

### **Widerspruch oder historisch bedingter Systemfehler ? –**

Der scheinbare Widerspruch in Frage 2 erklärt sich wesentlich aus der Bi-Modalität geriatrischer Medizin und den dementsprechend historisch unterschiedlich gewachsenen Strukturen. Unabhängig von der Entwicklung der Geriatrie wurde im Zuge mehrerer Gesundheitsreformen der hier relevante Bereich des Sozialrechts mehrfach novelliert – mit dem Ergebnis, dass wichtige Teile der Versorgungsstrukturen der Geriatrie nun noch weniger als zuvor schon zu ihren Rechtsgrundlagen passen.

In gewisser Weise erklärt sich der Widerspruch aber auch daraus, dass – mangels Auftraggeber – kaum überprüft wird, ob und in welchem Ausmaß Krankenhausleistungen, insbesondere Leistungen der Frührehabilitation nach § 39 SGB V, von Rehabilitationseinrichtungen im Sinne des § 111 SGB V erbracht werden, umgekehrt aber Leistungen, die auch nur den Anschein einer weiterführenden Rehabilitation erwecken, in Krankenhäusern mittlerweile konsequent und flächendeckend vom MDK im Auftrag der Kostenträger verfolgt werden. Als großes geriatrisches Fachkrankenhaus hat beispielsweise das EGZB tatsächlich Dutzende solcher Prüfungen pro Jahr – die zudem allesamt von nicht-geriatrisch spezialisierten Gutachtern durchgeführt werden, hauptsächlich von Orthopäden, Chirurgen und Allgemeinmediziner. Sehr vielen anderen geriatrischen Krankenhäusern geht es ganz ähnlich – und die Belegungsquote der Krankenhausgeriatrien liegt dennoch nahezu durchgehend bei über 90%.

Vor diesem Hintergrund ist "Reha in die Reha" nicht nur abwegig, sondern würde bei unkritischer Umsetzung erheblichen medizinischen und sozialen Sprengstoff liefern – insbesondere, wenn zugleich etwa die wohnortferne "*Reha auf dem Lande*" als Prinzip zum Zuge käme. In allen Großstädten, nicht nur in Hamburg und Berlin, sondern auch in Bundesländern mit ausge-

prägem 111er-Konzept, findet Geriatrie ausschließlich oder überwiegend im Krankenhaus als Krankenhausbehandlung statt, so in München, Nürnberg, Stuttgart, Ulm, Freiburg, Heidelberg, Bayreuth etc. Würde hier in Verkennung des realen Versorgungsbedarfs die Parole "Reha in die Reha" auf die geriatrisch-frührehabilitative Komplexbehandlung angewendet, dann würden sich sehr bald ältere Stadtbewohner nach Akutereignis in einer für den Bedarf unzureichend ausgestatteten und/oder unzureichend qualifizierten Rehaeinrichtung auf dem Land wiederfinden - wenn es denn die Kassenlage des Krankenversicherers gerade zulässt: In den anstehenden Einzelfallentscheidungen könnten dann wiederum *enge* medizinische Kriterien der „Rehafähigkeit“ zur Anwendung kommen, die angesichts der häufigen geriatrischen Komplikationen und Risiken wie Dekubitus, Delirium, Demenz, Wundheilungsstörung, Inkontinenz etc.pp. aller Voraussicht nach unsachgemäß oft als „nicht erfüllt“ bewertet würden (insbesondere dann, wenn nicht-geriatrisch qualifizierte Gutachter eingesetzt werden). Konkreter aktueller Beleg hierfür ist zum Beispiel die derzeitige Situation geriatrischer Tageskliniken mit Vertrag nach § 111 SGB V: Dieses Modell – fehlinterpretiert als Kann-Leistung – hat nach derzeitiger Sachlage überhaupt keine Zukunft, gleich gefolgt von den 109er Tageskliniken, wenn nichts geschieht.

### **Akutmedizinischer und rehabilitativer Behandlungsbedarf –**

Aufgrund der überwiegenden Verortung im oder am Krankenhaus wäre als Folge einer unkritischen Umsetzung der Parole "Reha in die Reha" mit einem sprunghaften Anstieg des Bedarfs an vollstationären Pflegeplätzen zu rechnen - obwohl die Geriatrie international wie national bereits nachgewiesen hat, dass stationäre Pflegebedürftigkeit vermeidbar ist, wenn der besondere und spezifische Bedarf geriatrischer Patienten erkannt und in der Finanzierung sachgerecht berücksichtigt wird und wenn akzeptiert wird, dass "Refähigkeit" im Alter anders zu definieren (und zu überprüfen) ist. Dekubitus, Delirium, Demenz, Wundheilungsstörungen, Inkontinenz usw. schließen "Rehafähigkeit" im *geriatrischen* Sinne erwiesenermaßen nicht aus (70% der Patienten können wieder nach Hause entlassen werden), belegen aber zugleich den besonderen Komplexbehandlungsbedarf geriatrischer Patienten, der weder allein mit einer akutmedizinischen Standardausstattung, noch allein mit einer rehabilitativen Standardausstattung gedeckt werden kann. Erst die geriatrisch qualifizierte Kombination beider Leistungsbereiche ist für diese Patientengruppe sachgerecht entsprechend dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis, und diese Kombination gehört zur Definition der Frührehabilitation, welche wiederum leistungsrechtlich ins Krankenhaus gehört - schon weil sie frühestmöglich einsetzen muss und

weil es sich definitiv nicht um eine Kann-Leistung handelt. Abgesehen davon lassen sich geriatrische Krankenhauspatienten mit Komplexbehandlungsbedarf (das sind im Mittel ca. 50-70% der Patienten einer akutgeriatrischen Krankenhaus-Fachabteilung) eindeutig nicht mit dem im 111er-Bereich zugestandenen Tagessatz von 160-170 € sachgerecht medizinisch versorgen (nachweislich der Kalkulationsergebnisse des InEK aus dem Jahr 2003, die aufgrund 2002 noch gänzlich fehlenden Fehlanreizen hinsichtlich OPS 8-550 als unverzerrt angesehen werden können).

### **„Was wirklich passiert, wenn nichts passiert“ –**

Erst wenn die aufgezeigten Tatsachen von *allen* Beteiligten auf der Sachebene akzeptiert sind (d.h. befreit von rein versorgungspolitischen, individual-ökonomischen oder lobbyistischen Interessenlagen), wird es eine konstruktive Lösung für *die Geriatrie* an sich geben können. Wenn dies nicht bald erfolgt, wird die Härte der Auseinandersetzung um gegenseitige Abgrenzungen notgedrungen rasch zunehmen und in Folge wären geriatrische Leistungserbringer zunehmend genötigt, ihre Leistungen nicht an ihre Patienten, sondern an ihren Paragraphen anzupassen (der primär gesundheitspolitisch motiviert und nicht medizinisch begründet ist). D.h. 109er-Geriatrien wären zunehmend genötigt, sich auf die reine Notfallversorgung zu beschränken, und 111er-Geriatrien entsprechend auf die reine Rehabilitation. Da regional aber zumeist nur *entweder* die eine *oder* die andere Versorgungsform existiert, würden fast überall gravierende geriatrische Versorgungslücken entstehen (in die hinein dann womöglich vor allem Türschild-Aspiranten vorstoßen - wodurch nicht einmal Kosten gespart wären). Leidtragende wären auf jeden Fall multimorbide ältere Patienten, vor allem nach akuter Fraktur und akutem Schlaganfall, sowie deren Angehörige, da ein relativ direkter Weg in eine stationäre Pflegeeinrichtung (ggf. über mehrere vorausgehende „Drehtüraufenthalte“ hinweg) praktisch vorgezeichnet wäre - eine düstere Aussicht für eine alternde Gesellschaft.

### **Widersprüchliche Positionierung des AOK-BV –**

Abschließend bleibt zu konstatieren, dass in dieser Diskussion die unterschiedlichen Positionierungen des AOK-BV selbst nicht zusammen zu passen scheinen, da einerseits die DRG-Einführung im Krankenhaus als ein wesentlicher Fortschritt in Richtung Transparenz und Wettbewerb beurteilt und diesbezüglich stets auf Forcierung gedrängt wird, andererseits jedoch er-

hebliche Verschiebungen in den Reha-Bereich vorausgesehen und zugleich begrüßt werden: der Reha-Bereich wird vom AOK-BV als (Zitat) "richtungsweisend für die Neuordnung der stationären Versorgung ab 2007" angesehen. Beides kann jedoch nicht gleichzeitig gelten. Dies erscheint solange als ein Widerspruch in sich, solange der AOK-BV selbst sowie andere Kostenträger keine dem DRG-Kraftakt vergleichbaren Anstrengungen unternehmen, um für "ihren" Reha-Bereich dieselbe Leistungs-, Kosten- und Qualitätstransparenz *nach außen* herzustellen, wie sie vom Krankenhausbereich jetzt mit großer Selbstverständlichkeit eingefordert wird. Wenn es wirklich um Qualität und Wettbewerb geht, dann benötigt gerade der Reha-Bereich dringlich von den Kostenträgern *unabhängige* medizinische, ökonomische und qualitative Kontroll- und Bewertungsstrukturen. Sonst könnte sich durchaus der Verdacht ergeben, dass das DRG-System nur als eine Art Treibjagd-Instrument missbraucht würde, wenn man es nicht besser wüsste: Immerhin unterstützt der AOK-BV durch sein neues Internet-Portal "Partner Krankenhaus" mit großem Aufwand die Krankenhäuser aktiv und umfassend bei der DRG-Einführung – honi soit qui mal y pense.